



**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE**  
**Insulina Glargina**

Eu, ..... (nome do(a) paciente), abaixo identificado(a) e firmado(a), declaro ter sido informado(a) claramente sobre todas as indicações, contra-indicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso do medicamento **Insulina Glargina** preconizado para o tratamento da **Diabetes Mellitus**.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso o tratamento seja interrompido.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelo médico .....(nome do médico que prescreve).

Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos por eventuais efeitos indesejáveis decorrentes.

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o medicamento pode trazer os seguintes benefícios: alívio dos sintomas, redução dos episódios hipoglicêmicos graves e redução das complicações.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contra-indicações, potenciais efeitos colaterais e riscos:

**Riscos:**

- Medicamento classificado na gestação como categoria C (pesquisas em animais mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; o risco para o bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior que os riscos).

**Contra-indicações:**

- A administração intravenosa de Insulina Glargina é contra-indicada para pacientes hipersensíveis a quaisquer dos seus componentes.
- A administração conjunta da Insulina Glargina com qualquer outra insulina é contra-indicada.
- Deve-se evitar a diluição da Insulina Glargina.
- A dose deverá ser ajustada em pacientes com insuficiência renal ou hepática.

**Reações adversas:**

- Mais frequentes: hipoglicemia, ganho de peso, lipodistrofia no local da injeção, prurido, retenção de sódio e edema.
- Mais graves: hipoglicemia, hipocalcemia e reações de hipersensibilidade.
- Raras: reações anafiláticas.

Estou ciente de que posso suspender o tratamento a qualquer momento, sem que este fato implique qualquer forma de constrangimento entre mim e meu médico, que se dispõe a continuar me tratando em quaisquer circunstâncias.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento em quaisquer circunstâncias para fins de pesquisa, desde que assegurado o anonimato. Declaro ter compreendido e concordado com todos os termos deste documento.

Assim, o faço por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta, minha e de meu médico.

**Paciente:**

Nome: \_\_\_\_\_  
Documento de identidade: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino ( ) Feminino ( ) Idade: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Responsável legal (quando for o caso) \_\_\_\_\_  
Documento de identidade do responsável legal: \_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou do responsável legal: \_\_\_\_\_

**Médico:**

Médico Responsável: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Tel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Carimbo e Assinatura do Médico \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**Observações:**

1. O preenchimento completo deste Termo e sua respectiva assinatura são imprescindíveis para o fornecimento do medicamento.
2. Este Termo será preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia responsável pela dispensação dos medicamentos e a outra será entregue ao paciente.